ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería
Vol. 9 Núm. 1 (2022): Acc Cietna: para el cuidado de la salud Vol. 09. N° 1 (Jul 2022), 93 - 107
ARTÍCULO CIENTÍFICO

La comunicación del profesional de enfermería con pacientes hospitalizados por COVID-19 en un hospital público de Chiclayo, 2021

Patricia Beatriz Pacheco Sanchez USAT
Mirian Elena Saavedra Covarrubia USAT

Objetivo: Describir, analizar y comprender la comunicación del profesional de enfermería con pacientes hospitalizados por COVID-19 en un hospital público de Chiclayo, 2021. **Método:** Investigación cualitativa, con enfoque descriptivo. La población estuvo conformada por 14 profesionales de enfermería que laboran en el área COVID del Hospital Regional Lambayeque; la muestra fue determinada por criterios de saturación y redundancia y el muestreo no probabilístico por bola de nieve. Para la recolección de datos se empleó la entrevista on-line semiestructurada, la cual fue validada por juicio de expertos y sometida a prueba piloto. Los datos fueron analizados a través del análisis temático; respetando los criterios éticos y de rigor científico. **Resultados principales:** Se obtuvo las siguientes categorías: 1) Barreras que interfieren en la comunicación de la enfermera con el paciente con COVID-19, 2) Repercusión del estado emocional en la comunicación entre la enfermera y paciente con COVID-19, 3) Estrategias para mejorar la comunicación con el paciente con COVID-19 y la familia. **Conclusión principal:** El uso de los equipos de protección personal por la enfermera(o) es una barrera para la comunicación con el paciente con COVID-19; también se evidencia que el paciente tiene miedo a la enfermedad y los profesionales de enfermería temen el contagio, por lo cual la comunicación es distante.

Abstract

Objective: Describe, analyze and understand the communication of the nursing professional with patients hospitalized for COVID-19 in a public hospital in Chiclayo, 2021. **Method:** Qualitative research, with a descriptive approach. The population was made up of 14 nursing professionals who work in the COVID area of the Lambayeque Regional Hospital; the sample was determined by saturation and redundancy criteria and non-probabilistic snowball sampling. For data collection, the semi-structured online interview was used, which was validated by expert judgment and subjected to a pilot test. The data were analyzed through thematic analysis; respecting ethical criteria and scientific rigor. **Main results:** The following categories were obtained: 1) Barriers that interfere in the communication of the nurse with the patient with COVID-19, 2) Repercussion of the emotional state in the communication between the nurse and patient with COVID-19, 3) Strategies to improve the communication with the COVID-19 patient and family. **Overall conclusion:** The use of personal protective equipment by the nurse is a barrier to communication with the patient with COVID-19; It is also evident that the patient is afraid of the disease and the nursing professionals fear contagion, which is why communication is distant.

Keywords: Communication (D003142); Nursing (D009729); Patients (D010361); COVID-19 (D018352).

Introducción

En enfermería, la comunicación es un aspecto fundamental, usado para establecer relaciones con las personas; esta interacción comunicativa no solo incluye el diálogo entre dos o más personas, sino también el lenguaje corporal[1]. Para la enfermera, la comunicación es esencial no solo para el desarrollo del cuidado, en cuanto al aspecto técnico, sino también para ganarse la confianza del paciente, formando un vínculo enfermera-paciente. Sin embargo, si la comunicación entre ambos es ineficaz puede comprometer la calidad de la atención[2].

En la actualidad, el brote del COVID-19, ha provocado un impacto profundo en la forma en que los profesionales de la salud se comunican con los pacientes. Pues ante esta situación se han visto en la necesidad de prestar atención usando equipos de protección personal, el cual dificulta la comunicación[3,4]. El estudio realizado por Fernández et al.[5] en Australia resaltó que, ante la situación de la COVID-19, la comunicación a menudo se consideraba difícil y no concisa.

Un estudio realizado por Ballesteros et al.[6] en España, señaló que, utilizar equipos de protección individual en los procesos, interferirá con la comunicación y afectará en el manejo de algunos procedimientos comunes, aumentando así la posibilidad de errores. En los casos, en que el paciente sea positivo y/o esté aislado, se establecerá una estrategia de comunicación, que puede ser vía telefónica, para asegurar la información diaria y veraz, sobre el estado de salud del paciente hospitalizado.

Igualmente, el estudio realizado en Reino Unido por Hampton, Crunkhorn, Lowe, Bhat, Hogg, Afifi, et al.[7] encontró que el uso del equipo de protección personal (EPP) puede afectar la comunicación en entornos sanitarios, generando un impacto en la seguridad del paciente. Que el aumentar el volumen de la voz o gritar en voz alta a través del EPP mejora la comprensión, sin embargo, elevar la voz durante mucho tiempo puede causar problemas de tensión y abuso de la voz, y provocar frustración o mala comunicación.

Pues bien, ante el contexto actual que atraviesan las instituciones sanitarias, podemos decir que, las enfermeras se ven limitadas al realizar una interacción comunicativa eficaz con el paciente, por el mismo uso de los equipos de protección individual, es evidente que afectó aspectos fundamentales de la atención y plantea un desafío para los profesionales sanitarios, especialmente para las enfermeras, que es la profesión que más tiempo dedica a los pacientes, pues ellos deben mantener una comunicación más clara, sencilla y adaptado a la situación de cada paciente, para satisfacer sus necesidades de salud. Al ser limitada la comunicación conlleva a que la atención de enfermería sea de baja calidad. Es importante mencionar que la comunicación es una de las mejores armas para que las enfermeras brindan atención centrada en el paciente.

La investigadora se informó por los diferentes medios de prensa hablada y escrita, que durante la pandemia, la comunicación se ha visto alterada, por el hecho que no hay contacto cara a cara con el paciente, ya que el personal de enfermería presta asistencia portando los equipos de protección personal (EPP), más el hecho de estar aislado en un lugar que desconoce, en una unidad con equipos sofisticados, sin el contacto físico de los familiares, todo esto es un cambio totalmente abrupto para el paciente.

Es una tarea compleja para la enfermera, porque tiene que responder a la reacción emocional del paciente, dar esperanza cuando la situación es desalentadora e involucrarse en la toma de decisiones, así mismo comunicar al familiar, la evolución del paciente y a la vez mantener el contacto comunicativo con el paciente en tiempos de COVID-198.

Ante esta situación, el personal de enfermería se ha visto en la necesidad de ayudarse de la tecnología, en los cuales se puede compartir informes de la evolución del paciente o para que el paciente pueda conectarse con su familia. El personal no puede emplear la misma técnica de

comunicación para todos los pacientes o familiares, ya que cada paciente, cada familia tiene sus particularidades, esto puede afectar la comprensión de la información, y el modo de transmitirla puede generar desconfianza.

Considerando el contexto actual, se espera entender que la comunicación es una herramienta y habilidad que debe ser utilizada por el profesional de enfermería, para interactuar con los pacientes y en este caso aquellos hospitalizados por COVID-19. De la misma forma comunicarse con los familiares y los miembros del equipo de salud; a través de diferentes formas de comunicación; por lo que se planteó la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo es la comunicación del profesional de enfermería con pacientes hospitalizados por COVID-19 en un hospital público de Chiclayo, 2021?, en torno a la pregunta de investigación se tuvo como objetivo describir, analizar y comprender la comunicación del profesional de enfermería con pacientes hospitalizados por COVID-19 en un hospital público de Chiclayo, 2021. Esta investigación, resulta importante, dado que, en la actualidad existe carencia de estudios sobre el tema en el contexto de una pandemia, Además, los resultados se utilizarán como antecedentes a nivel local, para futuras investigaciones.

Materiales y Método

La presente investigación fue cualitativa, con abordaje descriptivo[9]. La población estuvo constituida por 14 profesionales de enfermería: 12 del sexo femenino y 2 del sexo masculino, que trabajan en el área COVID del Hospital Regional de Lambayeque y que cumplieron con los criterios de inclusión: Enfermeros nombrados o contratados, que laboren en el área COVID, mínimo con 6 meses de experiencia laboral y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Dentro de los criterios de exclusión se consideró: Enfermeros con licencia por comorbilidad o por estar en aislamiento y que no deseen participar del estudio.

La muestra se determinó por criterios de saturación y redundancia[9] y el muestreo fue no probabilístico, por bola de nieve[9]. El escenario donde se desarrolló la investigación fue en el área COVID, del Hospital Regional Lambayeque, declarado como el nosocomio exclusivo para atender casos de coronavirus que requieran hospitalización.

La recolección de datos se realizó entre enero y mayo del 2021 a través de la entrevista on-line semiestructurada[10], como instrumento se utilizó la guía de entrevista. Posterior a su elaboración, fue validado por juicio de expertos, con lo cual se garantiza su confiabilidad y validez. Cabe mencionar que los expertos fueron 3 profesionales de enfermería con experiencia laboral entre 8 a 30 años, que se desempeñan como enfermeras asistenciales en hospitales de la Región Lambayeque, además son docentes e investigadoras en la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Después de la aprobación del Comité de ética de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, se llevó a cabo la prueba piloto con 2 enfermeras que laboraban en el área COVID, las cuales no formaron parte de la muestra. Una vez, aplicada las dos entrevistas previas no se realizó ninguna modificación al instrumento, porque respondió adecuadamente a los objetivos de la investigación.

Cuando se obtuvo los datos de los participantes por bola de nieve[9]. El primer contacto se realizó vía telefónica; posterior a su aceptación de participar del estudio, se les hizo llegar el consentimiento informado mediante el aplicativo WhatsApp y se acordó la fecha, hora y modalidad de la entrevista online; durante la ejecución: 13 entrevistas fueron realizadas mediante la Plataforma Zoom y 1 entrevista mediante el aplicativo WhatsApp.

El tiempo de entrevista no fue mayor a 30 minutos. Para garantizar que se recopile toda la información, las entrevistas fueron grabadas previo consentimiento informado y con la finalidad de obtener información válida y confiable. Así mismo, este será guardado, por dos años para posibles

auditorías, esto ayudó a cumplir el criterio de credibilidad y auditabilidad[9].

Después de realizar las entrevistas, se transcribió en el programa Microsoft Office Word, con la finalidad de obtener resultados veraces y que den respuesta a los objetivos planteados en la investigación. Además, para cumplir con el criterio de credibilidad y confirmabilidad9, las entrevistas transcritas fueron enviadas a los participantes vía WhatsApp, a fin de que corroboren si la información proporcionada por los sujetos es verdadera o se requiere profundizar en aspectos pocos claros.

El procesamiento y análisis de datos se realizó mediante el análisis temático[10], a través de las siguientes fases: 1) Fase de preparación del corpus textual, se comenzó escuchando las entrevistas grabadas, luego se realizó la transcripción textual de los datos recolectados por zoom y WhatsApp en el programa de Microsoft Word 2016. 2) Fase de descubrimiento o pre análisis, aquí se generó la exploración de los datos recolectados, procediendo a leer y releer los discursos hasta familiarizarse con ellos. 3) Fase de análisis, se realizó la reducción de la información, descomponiendo el corpus del texto, luego se procedió con el agrupamiento en categorías en función al objeto de estudio, seleccionando los datos más relevantes y por similitud. Posterior a esto, se fue configurando el marco explicativo. 4) Fase de verificación de los hallazgos, en esta etapa se revisó nuevamente los datos originales, para comprobar que, a pesar de se ha transformado la información en el análisis, los resultados que se obtuvieron parten del original, y si era necesario reformular y rediseñar el marco explicativo. Se finalizó con la presentación de los resultados y la redacción del informe de dichos resultados.

Así mismo, esta investigación se desarrolló bajo los principios de la bioética personalista de Sgreccia[11] considerando lo siguiente: El principio de valor fundamental de la vida física, durante el proceso de recopilación de datos se tuvo en cuenta el respeto por las opiniones y se resguardo la identidad de los participantes mediante seudónimos de flores.

También se consideró el principio de libertad y responsabilidad, ya que las enfermeras decidieron libremente participar del estudio y confirmaron su participación en la investigación mediante el consentimiento informado. Así mismo, se tomó en consideración el principio de sociabilidad y subsidiariedad, el cual permitió que los resultados puedan ser socializados con los profesionales de enfermería que laboran en áreas de COVID y también a Escuela de Enfermería.

Resultados y discusión

Esta categoría resuelve como las barreras surgen durante el proceso comunicativo, impidiendo o dificultando la interacción entre el paciente hospitalizado por COVID-19 y el profesional de enfermería, pues al presentarse obstáculos como el uso del equipo de protección personal o el mismo estado de salud del paciente dificulta, distorsionan el intercambio y/o transmisión de mensaje, generando una deficiente comunicación.

Es así como surge la primera subcategoría:

La situación actual de la pandemia por coronavirus de 2019 (COVID-19) requiere que el profesional de la salud haga uso rutinario de equipos de protección personal (EPP) en todas las áreas de los hospitales. Sin embargo, su uso, se convierte en una barrera para la comunicación, siendo más difícil la interacción comunicativa con el paciente[12].

Esto se puede evidenciar en los siguientes discursos:

“Las barreras en primer lugar son los EPPS que nosotros nos ponemos (la mascarilla, el p100, el protector facial), eso ha hecho, un poco difícil la comunicación” (Rosas)

“Las barreras son el equipo de protección personal (el casco, el respirador). Se convierten en una barrera porque el paciente no logra escucharnos bien e incluso entre trabajadores no logramos escucharnos muy bien y eso sería una barrera para la comunicación” (Lirios)

En este sentido, es bien mencionado por los profesionales de enfermería, que como primera barrera de comunicación se tiene los equipos de protección personal (mascarilla N95, protector facial, p100, el respirador, etc.), este equipo de protección hace que la comunicación sea más difícil con el paciente con COVID-19, pues, va a disminuir la voz, haciendo poco entendible la información transmitida. Incluso, esta dificultad para comunicarse puede surgir entre los profesionales de la salud. En el caso de lograr entablar una conversación con el paciente este es muy distante, cortante. Entonces, el EPP se convierte en el primer obstáculo en la comunicación.

Al respecto, estos resultados son similares al estudio de Daisy et al[13], quien evidenció que la comunicación con los pacientes con COVID-19 puede verse limitada por el uso de equipo de protección personal (EPP). También se indicó, que las máscaras ocultan las expresiones faciales y aminoran las voces. De la misma forma han indicado que el EPP es una barrera importante y deshumanizante para la comunicación.

De igual manera, Maben[14], señaló que, las enfermeras a menudo no pueden escuchar a los pacientes cuando usan el conjunto completo de EPP, lo mismo sucede con el paciente, también tendrá dificultades como no visualizar la cara de la enfermera o escuchar lo que está diciendo. A su vez, en el estudio de Vitale et al.[15] las enfermeras creen que las máscaras son obstáculos para la comunicación eficaz con los pacientes, y durante la atención sanitaria puede tener un impacto negativo en el intercambio de información. Entonces, el uso de máscaras crea una barrera física para la comunicación efectiva, los profesionales de la salud indican que las mascarillas "amortiguan" sus voces[16].

Estas situaciones encontradas tienen semejanza con lo manifestado por los profesionales de enfermería, ya que, en las entrevistas las enfermeras(os) dan a conocer que durante la interacción comunicativa con el paciente con COVID-19, el uso del EPP, era un obstáculo y era más difícil la comunicación. Los estudios también indican que son consideradas como barreras físicas porque amortigua la voz y oculta los gestos. En este sentido, el uso de los EPP (mascarillas, protectores faciales, respiradores, etc.) tienen un efecto perjudicial para una comunicación eficaz con el paciente.

Una de las barreras que interfiere en la comunicación con el paciente con COVID-19, es su estado de salud. En este sentido, la salud de una persona influye en su forma de interactuar con su entorno.

“La comunicación con el paciente ha sido difícil, para empezar por su estado de salud; muchas veces con dificultad puede hablar, por los mismos síntomas que deja el COVID-19” (Rosas)

“Hay pacientes que no te pueden responder porque están tose y tose o simplemente, por el mismo jadeo, la dificultad respiratoria que tienen para seguir conversando” (Amapola)

Los profesionales de enfermería dan a conocer que una de las barreras para mantener una comunicación fluida con los pacientes con COVID-19, es su estado crítico de salud. Al ser dependiente de oxígeno, significa que al querer interactuar tiende a agitarse y para evitar esta situación deben realizar el menor esfuerzo y no tratar de hablar o hablar muy poco. Por tal motivo, mantener una comunicación eficaz es muy difícil.

El estudio de Ting[17] resalta que esta condición puede agravarse cuando el paciente es asistido por un equipo ruidoso, como un dispositivo de presión positiva en las vías respiratorias u oxígeno de alto flujo. Por la enfermedad debe realizar el mínimo esfuerzo y el intentar comunicarse afecta su estado de salud, en este sentido la comunicación enfermera-paciente es limitado.

Así mismo las enfermeras narran, que con los adultos mayores la comunicación es difícil. Pues su capacidad de comunicación guarda relación con la presencia de alteraciones cognitivas, sensoriales. Lo mencionado se expresa en los siguientes discursos:

“Siempre había pacientes adultos mayores y algunos con sordera, otros con demencia senil, en esos pacientes era difícil comunicarse” (Flor de Jade)

“Las barreras son muchas, una de ellas, que los pacientes están desorientados y no podemos comunicarnos como debe ser” (Dalias)

Los resultados mencionados guardan concordancia con el estudio de Hoernke[18], que explica, que los problemas de comunicación también surgieron con aquellos pacientes de edad avanzada y con problemas de audición, ya que dependen principalmente de la lectura de labios, y el uso del EPP era una limitante para la interpretación y comprensión.

Los pacientes que presentan deterioro cognitivo, auditivo o de comunicación, tienen una menor capacidad de oír, prestar atención y procesar la información que se transmite, por tanto, puede generar frustración y mala comunicación. Estos pacientes también pierden la capacidad de interpretar los labios porque el personal utiliza una mascarilla para protegerse.

Los aportes que se han encontrado coinciden con los discursos de los profesionales de enfermería. En lo referente, a que, el estado en que se encuentre el paciente con COVID-19 interferirá en la comunicación. Hay pacientes que su misma condición no les permite expresarse, ya que se agitan constantemente al tratar de comunicarse. Incluso, en un estudio se hace mención que aquellos pacientes adultos mayores al tener un deterioro cognitivo, auditivo, es más difícil que interpreten lo que se está expresando, sumado a esto, el uso de los equipos de protección personal por parte de los profesionales de la salud, la situación se torna más difícil. En este sentido, una de las barreras para mantener la comunicación con el paciente con COVID-19, es el estado grave de salud.

A medida que la enfermedad del coronavirus se propaga por todo el mundo, provoca un cierto miedo y ansiedad en la sociedad y en particular a ciertos grupos (adultos mayores, personal de salud y personas con enfermedades crónicas). Si bien es cierto, son muchos los afectados ante esta pandemia, cabe mencionar que, en esta categoría se hace énfasis a las repercusiones que puede experimentar los pacientes con COVID-19 y el profesional de enfermería expuesta a una pandemia.

Es así como surge la siguiente subcategoría:

Los pacientes hospitalizados con diagnóstico confirmado o con sospecha de COVID-19, sufren gran presión psicológica; en consecuencia, se sienten solos, con miedo, tristeza, ansiedad[19]. El miedo que experimenta el paciente no solo está orientado a los efectos que ocasiona la enfermedad, sino también a morir, repercutiendo de este modo en su estado emocional. Lo descrito se expresa, en los siguientes discursos:

“En el momento, que el paciente te va diciendo cómo se encuentra, tú te das cuenta que tiene miedo, está deprimido. La mayoría de mis pacientes, que he tratado o que tengo, tú ves su facie, ves miedo, tristeza, puesto que están solos, no tienen familiares cerca”. Entonces, “Yo le digo: usted va estar bien, tiene que poner de su parte, usted va ser un guerrero más, vamos por buen camino; trato de cambiarles el chip psicológico porque esta enfermedad acarrea mucho miedo (Amapola)

“Todo es una incertidumbre para ellos, el miedo al morir y al terminar intubados, ellos refieren: ¿Que me van hacer?, ¿Qué me van a sacar?, ¿Por qué, tanto tiempo?” (Dalias)

De acuerdo a los discursos de las enfermeras(os), el paciente que ingresa a hospitalizarse por COVID-19, es un paciente que tiene miedo a morir, a ser intubado, pues para él todo es una incertidumbre. Incluso, durante la valoración se puede evidenciar que el paciente está temeroso,

triste e incluso deprimido. En definitiva, esta situación va a influir bastante en el estado emocional del paciente, porque, no saben, si se van a recuperar de la enfermedad.

Al respecto, el estudio de Ornell[20]. informó que los pacientes infectados con COVID-19 o con sospecha de infección, pueden experimentar fuertes reacciones emocionales y de comportamiento, como miedo, aburrimiento, soledad, ansiedad, insomnio o ira.

Por otro lado, el inevitable aislamiento por COVID-19 significa para el paciente tener un contacto reducido con otras personas, interrupción de la rutina, ausencia de visitas, menor interacción con el personal del hospital y acceso limitado a la atención médica; estas limitaciones pueden causar sentimientos de soledad, abandono, exclusión social y estigma[21]. Como se evidencia en el relato:

“Muchos de ellos piensan que han sido abandonados, que viene el familiar y los deja y ya no vuelven porque tienen una estadía de 11, 15 días, a veces 1 mes. Debe ser una situación bien complicada el estar postrado, lejos de tu familia, sin comunicación, entonces, el no poder ver a tu familia, el pensar que te han abandonado, el pensar que, si vas a salir o no del hospital, si te vas a recuperar o no, va a influir; muchos de los pacientes llegan a sufrir de ansiedad” (Begonia)

El personal de enfermería expresa que, los pacientes aislados por presentar SARS-CoV-2 no pueden tener un contacto cercano con sus familiares ante esta situación tienen la sensación de haber sido abandonados, lo cual repercute en su bienestar emocional. Entonces, el estar aislado y lejos de la familia provoca angustia mental. Sumado a ello, el miedo a la muerte puede generar problemas psicológicos como depresión, ansiedad, etc.

Ante ello, McCarthy[4] encontró que los altos niveles de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados o aislados, puede ser ocasionado por el miedo y la incertidumbre que ocasiona el aislamiento, la gravedad de los síntomas y, de hecho, la enfermedad en sí. Por lo cual, es necesario la preparación psicológica y una buena comunicación antes del aislamiento de los pacientes, puede reducir el miedo, la incertidumbre, la ansiedad y depresión que experimentan.

Los resultados de estas revisiones complementan los hallazgos de este estudio. Señalando que el miedo y la incertidumbre que sufre el paciente es consecuencia de tener la enfermedad del COVID-19. Llegando, incluso, a que, el paciente sufra de ansiedad[4]. Ante esto, nuestros hallazgos que derivan de las entrevistas a profesionales de enfermería, dan a conocer que el miedo afecta emocionalmente al paciente, al no saber si saldrán victoriosos ante la enfermedad. Por otro lado, el estar lejos de la familia y aislado, también repercute en el estado emocional del paciente y posteriormente es su recuperación e interacción con la enfermera.

La pandemia de COVID-19, ha ocasionado efectos negativos en la salud mental de los profesionales de la salud, con énfasis, en las enfermeras que están en primera línea luchando contra esta enfermedad. Al estar en contacto constante con los pacientes corren el riesgo de contagiarse, incluso, infectar a la familia. Algunos profesionales evitan el contacto físico e interacción comunicativa por el temor a la infección[22]. Se evidencia en el discurso:

“Desde que comenzó la pandemia y hasta ahora creo que es el miedo de podernos contagiar o llevar el virus a nuestras casas, a nuestros familiares, no tanto como al inicio, pero todavía existe ese miedo. La comunicación verbal era muy distante porque teníamos miedo que por ahí de repente algunas gotitas de flügger salgan y nos podamos contaminar” (Jazmín)

Una situación que impide que el profesional de enfermería se comunique con el paciente con COVID-19, es el temor a contagiarse, y contagiar a su familia, esta situación influye en el estado emocional de la enfermera, pues al estar en estrecha proximidad con el paciente podría tener el riesgo a contagiarse, Por tanto, no solo considera la situación por la que atraviesa el paciente sino también considera el aspecto familiar.

Al respecto, el estudio de Khattak et al.[23] tiene similitud con nuestra investigación ya que, se evidenció que el principal factor que aumenta el miedo de las enfermeras es el riesgo de contagio y el riesgo de contagiar a sus familiares de COVID-19. En este sentido, la salud mental de las enfermeras de primera línea que laboran en áreas de coronavirus se ha visto gravemente comprometida porque han presenciado el dolor y la muerte de pacientes con COVID-19[23].

Cuando las enfermeras atienden a pacientes infectados con COVID-19, es natural que se preocupen de su propia salud. Las preocupaciones sobre posibles infecciones están relacionadas principalmente con el miedo al nuevo fenómeno y una posible muerte. Las enfermeras temen que la infección se propague no solo por el contacto con pacientes infectados, sino también por otras enfermeras que comparten áreas. Además de su propia salud, las enfermeras temen poner a sus familiares y amigos en riesgo de infección debido a las condiciones de trabajo y la nueva amenaza de la enfermedad infecciosa. Entonces, es de esperar, que las enfermeras también experimenten una mayor ansiedad y temor durante la prestación de cuidados[5].

Ante esto, el resultado obtenido coincide con estas investigaciones, pues se evidencia que los profesionales de la salud, en especial las enfermeras temen el contagiarse de COVID-19, al estar en contacto con el paciente infectado, es por ello, que la comunicación es más limitada y cortante. Pues está en juego su propia salud y la de su familia. El factor que influye en las enfermeras, para evitar la comunicación con el paciente hospitalizado por COVID-19 se relaciona principalmente con el miedo al contagio.

Dentro de las estrategias de comunicación, en el ámbito de la enfermería, se puede considerar usar palabras escritas, imágenes, gestos, etc. A fin de mejorar la comunicación con los pacientes, para ello, es necesario determinar la forma en que el paciente recepcione mejor la información, si a través del oído, la vista, el tacto, etc.

A continuación, se presenta la siguiente subcategoría:

Si durante el cuidado la interacción comunicativa se ve limitada o se presentan barreras físicas, psicológicas o fisiológicas se debe buscar estrategias que mejoren la interacción con el paciente. Al respecto manifiestan:

“Ahora, nos comunicamos hablando fuerte, hacemos señas, cuando a veces el paciente no nos escucha, si eso, con señas y hablamos fuerte. Tenemos que hacer mucho más esfuerzo para comunicarnos con el paciente y así él nos pueda comunicar sus síntomas” (Girasol)

“Le hablo más fuerte, me aseguro que el paciente me comprenda, me entienda, y de paso, yo también escucharlo bien a él, porque con todos los EPPS, es más difícil poder escuchar con claridad algunas cosas o entenderlas. También hemos usado hojas para que ellos nos entiendan, para animarlos o imágenes para que nos vean” (Rosas)

Entre las estrategias, que han implementado los profesionales de enfermería para mejorar la comunicación con el paciente con COVID-19, es levantar el volumen de la voz, pues el EPP minoriza la voz, usar gestos, facilitar lápiz y hoja para aquellos pacientes que están en la capacidad de escribir.

En consonancia con los discursos, el estudio de Hoernke[18], resaltó que, para los profesionales de enfermería, a menudo le resultó difícil comunicarse con el paciente, ante esto tuvieron que gritar para ser escuchados a través de las máscaras faciales. Incluso, a través de los medios de comunicación y entrevistas realizadas a profesionales de la salud, indican que la utilización de fotografías desechables de sus rostros adheridas en su EPP, es útil para superar los problemas de comunicación[18].

La estrategia es colocar en el mandil, en la parte del brochero nuestro nombre, es una estrategia

para que el paciente se sienta identificado con la enfermera que lo está atendiendo durante el turno; también con un mensaje positivo" (Dalias)

Algunas pautas especializadas han recomendado que los miembros del personal usen fotografías de sí mismos sobre su EPP o escriban su nombre y roles en el delantal[7].

"Dentro de las estrategias que se ha optado en pacientes con COVID -19, es comunicarnos mediante gestos a fin de no generar que desaturen, así mismo, el entregarles un lapicero y una hoja para que se puedan comunicar" (Lantanas)

En la mayoría de los casos, para evitar que el paciente con COVID-19 desature y mantener la comunicación, la enfermera opta por entender los gestos de la persona, brindar un bolígrafo y un papel para aquellos que se encuentran en la condición de hacerlo, posterior a ello brindar el cuidado requerido por el usuario de salud.

Ante ello Marra[3], alude que entre las estrategias que utilizan los profesionales de la salud para enmendar las brechas de comunicación, se establece el uso de la comunicación no verbal, mediante el contacto visual, los movimientos de la cabeza, los gestos y las posturas. Así también, mejorar la entonación de la voz.

Nuestros resultados indican que los profesionales de enfermería ante la dificultad de comunicarse con el paciente con COVID-19, por el uso de los EPP, implementa estrategias como el hablar más fuerte, utilizar los gestos, el facilitar papel y lápiz al paciente, fotografías, con el fin de que ambas partes se puedan comunicar. Las investigaciones revisadas por Marra[3], Hampton[7], refuerzan nuestros hallazgos, ya que indican lo mismo, pues, los enfermeros (as) se vieron en la necesidad de poner en práctica estrategias para mejorar la comunicación.

1. **Barreras que interfieren en la comunicación de la enfermera con el paciente con COVID-19**
2. **Barreras para la enfermera: Uso del equipo de protección personal (EPP)**
3. **Barreras para el paciente: Estado de salud**
4. **Repercusión del estado emocional en la comunicación entre la enfermera y paciente con COVID-19**
5. **Repercusión del estado emocional del paciente**
6. **Repercusión del estado emocional del profesional de enfermería**
7. **Estrategias para mejorar la comunicación con el paciente con covid-19 y la familia**
8. **Estrategias de comunicación con el paciente con COVID-19**
9. **Estrategias de comunicación con la familia del paciente con COVID-19**

La interacción comunicativa entre la familia y el paciente es esencial, ya que este influirá como fuente de apoyo durante la recuperación, es por ello, que el enfermero debe establecer conexiones entre los diferentes participantes y buscar la integración de esfuerzos. Ante esto, las enfermeras refieren:

"En algunas oportunidades he usado videollamadas para que ellos puedan tener contacto con el exterior, como es su familia" (Rosas)

"Como yo ingreso mi celular al área, busco los números en la historia clínica y realizo una video llamada con sus familiares para que puedan conversar y generar tranquilidad en el paciente, eso los tranquiliza muchísimo, les das la confianza para que te puedan manifestar lo que sienten, lo que necesitan" (Tulipanes)

Las enfermeras, a fin de no cortar la interacción comunicativa entre el paciente y la familia, como estrategia ha implementado realizar videollamadas. Ya que, ayuda a generar tranquilidad, reducir el estrés y disipar los miedos que puedan surgir. Asimismo, permite acompañar al paciente de

forma virtual y que no sienta que la familia lo ha abandonado sino al contrario está a su lado durante el proceso de recuperación.

Durante la hospitalización del paciente con COVID-19, las videollamadas son consideradas una estrategia para el encuentro entre el paciente y la familia, por la misma razón, estas deben realizarse de manera programada y de acuerdo a la carga asistencia del profesional de enfermería. El profesional que acompaña durante la interacción comunicativa se convierte en nexo entre la familia y el paciente, asumiendo un rol secundario durante el encuentro[24].

Para los pacientes aislados en los hospitales, las nuevas tecnologías han podido ayudar a reducir la soledad y facilitar la comunicación con el familiar a través de las videollamadas, ya que muchos pacientes experimentan dificultades debido a su estado clínico, emocional o sensorial. Los dispositivos móviles para videollamadas facilitan la comunicación. A través de este servicio, también se busca suplir a familiares durante la hospitalización del paciente, ya que están privados de las visitas[25].

Los entrevistados también narran que además de las video llamadas, al paciente se le lee una carta, se le muestra una fotografía a fin de que ellos sientan tranquilidad durante la hospitalización. Lo mencionado se evidencia en los siguientes discursos:

“Además de las videollamadas, también, les hacemos llegar la carta de sus hijos, del esposo, de la hermana o mostrar una foto de la familia” (Jazmín)

“Al paciente diagnosticado de COVID-19 por medidas de prevención no se les permite tener contacto con su familia para evitar el contagio, por ende, somos mediadores entre sus familias y ellos, entonces nosotros les leemos cartas, eso les ayuda demasiado, para evitar sentimientos de tristeza lo que muchas veces los puede llevar hasta a una depresión” (Lantanas)

Las innovaciones para aliviar la angustia del paciente durante la estancia hospitalaria incluyen videollamadas con familiares y por parte de los profesionales de enfermería escribir sus nombres o colocar fotografías en su equipo de protección personal para ser más humanos al interactuar con los pacientes[17].

En nuestro estudio se encontró que durante la hospitalización del paciente con COVID-19, las videollamadas son una estrategia para los encuentros entre el paciente y su familia. Además, esta estrategia permite que el paciente este tranquilo y colabore en su recuperación. Ante esto, los estudios de Ting[17], Amthauer[24] tienen similitud con nuestra investigación, pues indican, que los profesionales de enfermería también utilizan las videollamadas para facilitar la comunicación con el paciente, además, sirve para que el paciente no se sienta abandonado y reciba el apoyo familiar. En este sentido, la enfermera se convierte en ese nexo durante la interacción comunicativa, pues es ella quien pone en marcha esta estrategia de encuentro virtual.

Conclusión

Ante la pandemia del COVID-19, los profesionales de enfermería reportaron que el uso de los equipos de protección personal es una barrera para la comunicación; esto puede deberse a que estos equipos amortiguan las voces, haciendo más difícil la interacción comunicativa con el paciente hospitalizado por COVID-19. Por otro lado, el rápido deterioro de la salud del paciente hace que la comunicación sea más difícil y limitado.

El paciente hospitalizado por COVID-19 tiene miedo a la enfermedad, así también el estar aislado y sin contacto de la familia le ocasiona sentimiento de abandono, por ello, se debe favorecer la comunicación sincrónica. En cuanto a los profesionales de enfermería, existe el temor de contagio, de ahí que, la comunicación con el paciente es distante.

Para mejorar la comunicación con el paciente con COVID-19, las enfermeras(os) levantan el volumen de la voz, usan gestos, facilitan lápiz y hoja para aquellos que están en la capacidad de escribir. Así también realizar video llamadas para no cortar la interacción comunicativa entre el paciente y la familia.

Referencias

1. Cortés D, Díaz Cortés MM. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. Rev Española Comun en Salud [Internet]. 2011 [citado 2020 Sep 21];2(1):55–61. Disponible en: https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3405
2. Ghiyasvandian S, Zakerimoghadam M, Peyravi H. Nurse as a facilitator to professional communication: a qualitative study. Glob J Health Sci [Internet]. 2015 Mar 1 [citado 2020 Sep 21];7(2):294–303. Disponible en: https://bit.ly/3D0ZPLC
3. Marra A, Buonanno P, Vargas M, Iacovazzo C, Ely EW, Servillo G. How COVID-19 pandemic changed our communication with families: Losing nonverbal cues. Crit Care [Internet]. 2020 Jun 5 [citado 2021 Apr 17];24(1). Disponible en: https://doi.org/10.1186/s13054-020-03035-w
4. McCarthy B, O'Donovan M, Trace A. A new therapeutic communication model "TAGEET" to help nurses engage therapeutically with patients suspected of or confirmed with COVID-19. J Clin Nurs [Internet]. 2020 [citado 2021 Apr 17]; Disponible en: https://doi.org/10.1111/jocn.15609
5. Fernandez PR, Lord H, Halcomb PE, Moxham PL, Middleton DR, Alananzeh DI, et al. Implications for COVID-19: a systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. Int J Nurs Stud [Internet]. 2020 May [citado 2020 Sep 21];103637. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103637
6. Ballesteros M., Hernández-Tejedor A, Estella A, Jiménez JJ, González FJ, Sandiumenge A. Recomendaciones de «hacer» y «no hacer» en el tratamiento de los pacientes críticos ante la pandemia por coronavirus causante de COVID-19 de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Med Intensiva [Internet]. 2020 Aug [citado 2020 Oct 29];44(6):371–88. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.001
7. Hampton T, Crunkhorn R, Lowe N, Bhat J, Hogg E, Afifi W, et al. The negative impact of wearing personal protective equipment on communication during coronavirus disease 2019. J Laryngol Otol [Internet]. 2020 [citado 2020 Oct 10]; Disponible en:
8. Finset A, Bosworth H, Butow P, Gulbrandsen P, Hulsman RL, Pieterse AH, et al. Effective health communication – a key factor in fighting the COVID-19 pandemic. Patient Educ Couns [Internet]. 2020 May 1 [citado 2020 Sep 21];103(5):873–6. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.03.027
9. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6th ed. Bogotá: Mc Graw Hill; 2014. 600p.
10. Berenguera A, Fernández de Sanmamed M, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014. 219p.
11. Sgreccia E. Manual de Bioética I Fundamentos y ética biomédica. Madrid: Biblioteca Autores CRI B.A.C. 2013. 990p.
12. Bandaru S, Augustine A, Lepcha A, Sebastian S, Gowri M, Philip A, et al. The effects of N95 mask and face shield on speech perception among healthcare workers in the coronavirus disease 2019 pandemic scenario. J Laryngol Otol [Internet]. 2020 oct 1 [citado 2021 Jun 14];134(10):895–8. Disponible en: https://doi.org/10.1017/S0022215120002108
13. Daisy J, Ekström M, Currow DC, Johnson MJ, Maddocks M, Simonds AK, et al. COVID-19: guidance on palliative care from a European Respiratory Society international task force. Eur Respir J [Internet]. 2020 Sep 1 [citado 2021 Jun 13];56(3). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1183/13993003.02583-2020

14. Maben J, Bridges J. Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health [Internet]. Vol. 29, Journal of Clinical Nursing. Blackwell Publishing Ltd; 2020 [citado 2021 Aug 31]. p. 2742–50. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jocn.15307
15. Vitale E, Giammarinaro MP, Lupo R, Fortunato RS, Archetta V, Caldararo C, et al. The quality of patient-nurse communication perceived before and during the Covid-19 pandemic: An Italian pilot study. Acta Biomed [Internet]. 2021 [citado 2021 Aug 31];92. Disponible en: https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11300
16. Marler H, Ditton A. "I'm smiling back at you": Exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare. Int J Lang Commun Disord [Internet]. 2021 Jan 1 [citado 2021 Jun 13];56(1):205–14. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/1460-6984.12578
17. Ting R, Edmonds P, Higginson IJ, Sleeman KE. Palliative care for patients with severe covid-19. BMJ [Internet]. 2020 Jul 14 [citado 2020 Oct 13];370. Disponible en: https://doi.org/10.1136/bmj.m2710
18. Hoernke K, Djellouli N, Andrews L, Lewis-Jackson S, Manby L, Martin S, et al. Frontline healthcare workers' experiences with personal protective equipment during the COVID-19 pandemic in the UK: A rapid qualitative appraisal. BMJ Open [Internet]. 2021 Jan 20 [citado 2021 Jun 13];11(1). Disponible en: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046199
19. Paredes Pérez PM, Dawaher JE, Chérrez Paredes MF. Impacto del COVID 19 en la Salud Mental de los Pacientes hospitalizados. Rev la Fac Ciencias Médicas la Univ Cuenca [Internet]. 2020 Aug 31 [citado 2021 Jun 12];38(2). Disponible en: https://bit.ly/2ZHB1di
20. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FH. '"Pandemic fear"' and COVID-19: mental health burden andstrategies. Brazilian J Psychiatry [Internet]. 2020 Mar 19 [citado 2021 Aug 31]; Disponible en: https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008
21. Gammon J, Hunt J. Source isolation and patient wellbeing in healthcare settings. Br J Nurs [Internet]. 2018 [citado 2021 Oct 9];27(2):88–91. Disponible en: https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.2.88
22. Diogo PMJ, Lemos e Sousa M, Carvalho M, Rodrigues JR, Silva TA, Ferreira ML. Emotional labor of nurses in the front line against the COVID-19 pandemic. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021 Dec 6 [citado 2021 Jun 13];74(suppl 1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0660
23. Khattak SR, Saeed I, Rehman SU, Fayaz M. Impact of Fear of COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Nurses in Pakistan. J Loss Trauma [Internet]. 2021 [citado 2021 Aug 31];26(5):421–35. Disponible en: https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1814580
24. Amthauer M, Espinoza J, Padilla C, Palma A, Rojas N, Rojas V, et al. Recomendaciones para el Cuidado y Acompañamiento de Familiares de Pacientes con Diagnóstico COVID-19. Rev Chil Med Intensiva [Internet]. 2020 [citado 2021 Jun 14];35. Disponible en: https://bit.ly/3irytqo
25. Avellaneda-Martínez S, Jiménez-Mayoral A, Humada-Calderón P, Redondo-Pérez N, del Río-García I, Martín-Santos AB, et al. Management of communication between inpatients isolated due to COVID-19 and their families. J Healthc Qual Res [Internet]. 2021 Jan 1 [citado 2021 Jun 13];36(1):12–8. Disponible en: https://bit.ly/3ioEIeE

Citas

1. Cortés D, Díaz Cortés MM. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. Rev Española Comun en Salud [Internet]. 2011 [citado 2020 Sep 21];2(1):55–61. Disponible en: https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3405
2. Ghiyasvandian S, Zakerimoghadam M, Peyravi H. Nurse as a facilitator to professional communication: a qualitative study. Glob J Health Sci [Internet]. 2015 Mar 1 [citado 2020 Sep 21];7(2):294–303. Disponible en: https://bit.ly/3D0ZPLC
3. Marra A, Buonanno P, Vargas M, Iacovazzo C, Ely EW, Servillo G. How COVID-19 pandemic changed our communication with families: Losing nonverbal cues. Crit Care [Internet]. 2020 Jun 5 [citado 2021 Apr 17];24(1). Disponible en: https://doi.org/10.1186/s13054-020-03035-w

4. McCarthy B, O'Donovan M, Trace A. A new therapeutic communication model "TAGEET" to help nurses engage therapeutically with patients suspected of or confirmed with COVID-19. J Clin Nurs [Internet]. 2020 [citado 2021 Apr 17]; Disponible en: https://doi.org/10.1111/jocn.15609
5. Fernandez PR, Lord H, Halcomb PE, Moxham PL, Middleton DR, Alananzeh DI, et al. Implications for COVID-19: a systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. Int J Nurs Stud [Internet]. 2020 May [citado 2020 Sep 21];103637. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103637
6. Ballesteros M., Hernández-Tejedor A, Estella A, Jiménez JJ, González FJ, Sandiumenge A. Recomendaciones de «hacer» y «no hacer» en el tratamiento de los pacientes críticos ante la pandemia por coronavirus causante de COVID-19 de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Med Intensiva [Internet]. 2020 Aug [citado 2020 Oct 29];44(6):371–88. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.001
7. Hampton T, Crunkhorn R, Lowe N, Bhat J, Hogg E, Afifi W, et al. The negative impact of wearing personal protective equipment on communication during coronavirus disease 2019. J Laryngol Otol [Internet]. 2020 [citado 2020 Oct 10]; Disponible en: https://doi.org/10.1017/S0022215120001437
8. Finset A, Bosworth H, Butow P, Gulbrandsen P, Hulsman RL, Pieterse AH, et al. Effective health communication – a key factor in fighting the COVID-19 pandemic. Patient Educ Couns [Internet]. 2020 May 1 [citado 2020 Sep 21];103(5):873–6. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.03.027
9. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6th ed. Bogotá: Mc Graw Hill; 2014. 600p.
10. Berenguera A, Fernández de Sanmamed M, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014. 219p.
11. Sgreccia E. Manual de Bioética I Fundamentos y ética biomédica. Madrid: Biblioteca Autores CRI B.A.C. 2013. 990p.
12. Bandaru S, Augustine A, Lepcha A, Sebastian S, Gowri M, Philip A, et al. The effects of N95 mask and face shield on speech perception among healthcare workers in the coronavirus disease 2019 pandemic scenario. J Laryngol Otol [Internet]. 2020 oct 1 [citado 2021 Jun 14];134(10):895–8. Disponible en: https://doi.org/10.1017/S0022215120002108
13. Daisy J, Ekström M, Currow DC, Johnson MJ, Maddocks M, Simonds AK, et al. COVID-19: guidance on palliative care from a European Respiratory Society international task force. Eur Respir J [Internet]. 2020 Sep 1 [citado 2021 Jun 13];56(3). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1183/13993003.02583-2020
14. Maben J, Bridges J. Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health [Internet]. Vol. 29, Journal of Clinical Nursing. Blackwell Publishing Ltd; 2020 [citado 2021 Aug 31]. p. 2742–50. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jocn.15307
15. Vitale E, Giammarinaro MP, Lupo R, Fortunato RS, Archetta V, Caldararo C, et al. The quality of patient-nurse communication perceived before and during the Covid-19 pandemic: An Italian pilot study. Acta Biomed [Internet]. 2021 [citado 2021 Aug 31];92. Disponible en: https://doi.org/10.23750/abm.v92iS2.11300
16. Marler H, Ditton A. "I'm smiling back at you": Exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare. Int J Lang Commun Disord [Internet]. 2021 Jan 1 [citado 2021 Jun 13];56(1):205–14. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/1460-6984.12578
17. Ting R, Edmonds P, Higginson IJ, Sleeman KE. Palliative care for patients with severe covid-19. BMJ [Internet]. 2020 Jul 14 [citado 2020 Oct 13];370. Disponible en: https://doi.org/10.1136/bmj.m2710
18. Hoernke K, Djellouli N, Andrews L, Lewis-Jackson S, Manby L, Martin S, et al. Frontline healthcare workers' experiences with personal protective equipment during the COVID-19 pandemic in the UK: A rapid qualitative appraisal. BMJ Open [Internet]. 2021 Jan 20 [citado 2021 Jun 13];11(1). Disponible en: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046199

19. Paredes Pérez PM, Dawaher JE, Chérrez Paredes MF. Impacto del COVID 19 en la Salud Mental de los Pacientes hospitalizados. Rev la Fac Ciencias Médicas la Univ Cuenca [Internet]. 2020 Aug 31 [citado 2021 Jun 12];38(2). Disponible en: https://bit.ly/2ZHB1di
20. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FH. ‘“Pandemic fear”’ and COVID-19: mental health burden andstrategies. Brazilian J Psychiatry [Internet]. 2020 Mar 19 [citado 2021 Aug 31]; Disponible en: https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008
21. Gammon J, Hunt J. Source isolation and patient wellbeing in healthcare settings. Br J Nurs [Internet]. 2018 [citado 2021 Oct 9];27(2):88–91. Disponible en: https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.2.88
22. Diogo PMJ, Lemos e Sousa M, Carvalho M, Rodrigues JR, Silva TA, Ferreira ML. Emotional labor of nurses in the front line against the COVID-19 pandemic. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021 Dec 6 [citado 2021 Jun 13];74(suppl 1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0660
23. Khattak SR, Saeed I, Rehman SU, Fayaz M. Impact of Fear of COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Nurses in Pakistan. J Loss Trauma [Internet]. 2021 [citado 2021 Aug 31];26(5):421–35. Disponible en: https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1814580
24. Amthauer M, Espinoza J, Padilla C, Palma A, Rojas N, Rojas V, et al. Recomendaciones para el Cuidado y Acompañamiento de Familiares de Pacientes con Diagnóstico COVID-19. Rev Chil Med Intensiva [Internet]. 2020 [citado 2021 Jun 14];35. Disponible en: https://bit.ly/3irytqo
25. Avellaneda-Martínez S, Jiménez-Mayoral A, Humada-Calderón P, Redondo-Pérez N, del Río-García I, Martín-Santos AB, et al. Management of communication between inpatients isolated due to COVID-19 and their families. J Healthc Qual Res [Internet]. 2021 Jan 1 [citado 2021 Jun 13]; 36(1):12–8. Disponible en: https://bit.ly/3ioEIeE